REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXII

3e Année. N° 10. 1er Octobre 1882.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de perte complète de l'ouïe à la suite des oreillons,

Par le Dr E. J. Moure,

« Le poison spécial qui produit la maladie connue généralement sous le nom d'oreillons est très souvent la source de surdité complète, toutefois l'infirmité est habituellement unilatérale. Dans ces cas, c'est évidemment l'appareil nerveux qui est affecté. En effet, la surdité apparaît soudainement, elle est ordinairement complète et, règle générale, on n'arrive à découvrir aucune apparence morbide ni dans le méat, ni sur la membrane du tympan, ni dans la cavité tympanique. Lorsque le nerf n'est pas entièrement paralysé et qu'il reste un certain degré d'ouïe, quelque faible qu'il puisse être, le seul plan de traitement à recommander consiste dans l'emploi d'une contre irritation sur les oreilles et autour du pavillon, en même temps qu'on exercera l'oreille à l'aide d'un tube acoustique en caoutchouc. »

Les quelques lignes qui précèdent, dues à la plume autorisée du docteur Toynbee (1860) (1), prouvent suffisamment que cet auteur admettait la répercussion des oreillons sur l'organe de l'ouïe, fait que ni les traités classiques, ni les monographies n'avaient signalé jusqu'alors. Bien plus, la plupart des auteurs modernes eux-mêmes sont muets sur ce sujet et, seul John Roosa (2), dans son traité des maladies d'oreilles, consacre quelques lignes à cette complication, encore bien peu connue d'une maladie dont la nature intime et le mode de production sont eux-mêmes un problème à résoudre.

« Les oreillons, dit cet auteur, déterminent quelque fois, mais rarement cependant, une surdité profonde, surdité que l'on peut expliquer par l'extension de l'inflammation parotidienne au conduit auditif, au tympan et au nerf auditif, ou que l'on peut regarder comme une inflammation métastatique de la membrane du labyrinthe. Toynbee admet une hémorrhagie labyrinthique par le fait de l'intoxication qui résulte d'une attaque d'oreillons. Dans un seul cas, dans lequel la surdité nerveuse était la conséquence des oreillons, la surdité était survenue sans douleurs et elle était bilatérale. Le professeur Henry de Noyer a montré récemment à la *Société Ophthalmologique* de New-York, un cas de perte de l'ouïe chez un adulte, accompagnée d'indécision dans la marche, quand le malade fermait les yeux ; l'affection était survenue à la suite des oreillons. Il existait en outre dans ce cas une orchite métastatique du même côté que la surdité. »

L'on peut dire que c'est à peine depuis un an que l'attention des praticiens a été attirée sur cette complication par la publication des deux observations de Buck (3) et par la discussion qu'elles ont suscitée au sein du Congrès des médecins auristes d'Amérique (4).

Dans le premier cas, rapporté par Buck, il s'agissait d'une jeune fille âgée de seize ans, qui fut atteinte

(1) Maladies de l'oreille, nature, diagnostic et traitement, traduit par Darin, Paris, 1874, p. 370-71.

(2) *A pratical Treatise on Diseases of the Ear*, 4e édition, New-York, 1880.

(3) *The Améric. journ. of Otol.*, New-York, juillet 1881, n° 3, p. 203.

(4) *Zeitsch. f. Ohrenh.*, XV Band, et Erstes Heft, 1881, p. 26.

d'oreillons le 9 mars 1881; les deux côtés de la face était fortement gonflés, les mouvements des joues très douloureux et la déglutition difficile. Le troisième jour elle éprouva dans l'oreille une violente douleur accompagnée de bourdonnement qui dura plusieurs heures, et le lendemain, elle s'aperçut de la disparition de l'ouïe de ce côté. Le bourdonnement avait toujours persisté. L'auteur, qui vit la malade le huitième jour, constata encore l'existence du gonflement parotidien, l'audition était normale du côté gauche, mais elle était abolie du côté droit; et, en fermant son oreille gauche, la malade n'entendait pas la voix parlée haute à cinq ou six pieds de l'oreille. Le diapason placé sur les dents ainsi que la montre n'étaient entendus que du côté sain.

L'occlusion de l'oreille droite ne modifia en rien la perception auditive.

A l'examen, le tympan était normal, mais un peu déprimé, l'air passant difficilement à travers la trompe d'Eustache. Il n'existait aucun symptôme de Ménière.

Malgré la guérison de l'obstruction tubaire, des applications iodées sur la région mastoïdienne, l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, enfin deux mois de traitement régulier on ne put amener la moindre amélioration de l'ouïe.

Le deuxième fait était relatif à un homme de 41 ans qui fut atteint de surdité et de bourdonnement du côté gauche et chez lequel la tuméfaction parotidienne était plus marquée de ce côté. Vers le quinzième jour, le malade éprouve des vertiges, des nausées et des troubles de l'équilibre qui allèrent en augmentant pendant quarante-huit heures pour diminuer ensuite.

Le mieux ne se produisit toutefois qu'après l'application de quatre sangsues en arrière et en avant de l'oreille affectée, la surdité et le bourdonnement ne se modifièrent cependant pas. L'iodure de potassium et le mercure donnés jusqu'à salivation n'eurent pas plus de succès.

A l'examen, le conduit auditif et la membrane du tympan n'offraient aucune trace de lésion. Le diapason placé sur le vertex n'était entendu que du côté droit.

Après Buch, le docteur Moos (1) a signalé une observation analogue aux précédentes relative à un enfant de 13 ans devenu sourd à la suite des oreillons, chez lequel la surdité se produisit le cinquième jour, les vomissements le sixième, et le huitième jour quand l'enfant voulait se lever, il perdait l'équilibre ; jamais il n'eut de perte de connaissance. L'iodure de potassium (vingt grammes en tout) ne produisit aucun effet.

Le tympan droit était un peu plus opaque qu'à l'état normal et le gauche plus concave que celui du côté droit.

Le malade n'entendait plus la voix parlée, mais il croyait entendre de l'oreille droite le diapason placé sur le vertex (ut [2] et ut [3]). A gauche il ne percevait absolument rien.

Peu de temps après Moos, le docteur Brunner publia également un nouveau cas intéressant de cette affection rappellant à cette occasion les faits précédemment cités et cherchant à en déduire quelques conclusions qui, bien que rationnelles, demandent évidemment à être confirmées et à s'appuyer sur un plus grand nombre de faits et surtout sur des examens anatomo-pathologiques faits avec le plus grand soin.

Voici le cas rapporté par le docteur Brunner : (2).

—Une fille de la campagne, âgée de 30 ans, se trouvait dans un village où il y avait une épidémie d'oreillons. Elle fut atteinte de gonflements parotidiens peu volumineux. Bientôt après apparut un bruit de cascade dans l'oreille droite ; le bourdonnement augmenta et la malade s'aperçut qu'elle n'entendait pas bien de cette oreille. Elle garda le lit huit jours et le gonflement disparut, mais le bourdonnement continua sans diminuer. Lorsqu'elle se leva, elle chancella comme s'il elle eût été ivre, de sorte qu'elle eut honte de sortir. Puis le vertige disparût mais le bourdonnement persista. L'examen démontra que l'oreille gauche était intacte de même que le tympan droit et les trompes. Le diapason n'était entendu que du côté gauche. Sous l'influence du cou-

(1) A case of double labyrinthine affection with Staggering gait and permanent abolition of hearing after mum. — *Arch. of. Otology*. Vol. XI, nº 1, 1882, p. 13.

(2) *Zeitsch. fur Ohrenheilk.* XI Band. 3e fasc. 19 mai 1882, p. 289.

rant continu, le bourdonnement ne se modifia pas. L'iodure de potassium à l'intérieur fut sans effet.

Enfin, tout récemment, M. le docteur Calmettes (*Sur une conséquence peu connue des oreillons*) (1) a signalé une observation qui, bien qu'incomplète, vient néanmoins s'ajouter aux précédentes parce qu'elle concorde avec les faits déjà mentionnés : « On m'écrivait récemment de Province, dit cet auteur, au sujet d'une petite fille de 6 ans de très bonne santé qui, atteinte d'oreillons dans le cours d'une épidémie, était devenue presque complètement sourde à peu près simultanément à l'apparition de ces grosseurs qui ne paraissent pas avoir atteint la proportion des oreillons ordinaires. Il n'y a eu ni douleur, ni écoulement, ni bourdonnement.

Au bout de huit mois il n'y eut aucun changement, l'enfant entendait encore la voix criée. Il est bien probable, dit-il en terminant, que l'examen de l'oreille aurait révélé une lésion labyrinthique. »

A ces sept premiers faits, je puis en ajouter un huitième qui diffère un peu des précédents par l'apparition relativement tardive et par la soudaineté de la surdité mais qui s'en rapproche évidemment par beaucoup d'autres points :

M[lle] Blanche S... âgée de huit ans, me fut adressée le 8 janvier dernier par mon confrère et ami le docteur Arnozan, pour une surdité *complète* des deux oreilles survenue un mois auparavant. Ayant précédemment une audition absolument normale elle fut atteinte à cette époque des oreillons, et le gonflement parotidien fut même, me dit la mère, assez considérable pour empêcher l'enfant de manger pendant plusieurs jours. Au moment où la tuméfaction commençait à disparaître, vers le *quinzième jour*, l'enfant devint subitement sourde des deux oreilles, dans l'espace d'une journée à peine, sans éprouver aucune douleur, ni aucun symptôme; peu de temps après survinrent cependant des bourdonnements qui existaient encore au moment où elle me fut amenée.

A l'examen fonctionnel, la perception crânienne à la montre est nulle, aucun diapason (ut ^{2}, ut ^{3}, la ^{3}) n'est entendu

(1) *France med.* 22 juillet 1882, n° 8.

placé sur le vertex et c'est à peine si la malade en perçoit le son quand on le place (la [3],) à l'entrée du méat auditif du côté gauche.

A l'examen de l'oreille, le tympan droit paraît absolument sain, mais celui du côté gauche est un peu déprimé. Les deux trompes sont parfaitement libres, et plusieurs séances de cathétérisme, des révulsifs mastoïdiens et autres (vésicatoire au bras gauche), l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur, des séances répétées d'électrisation (pile de Gaife, 6 éléments) n'ont amené aucun résultat, et la jeune enfant, que j'ai revue il y a quelques mois à peine, est toujours dans un état de cophose absolue.

Les deux derniers faits que je viens de signaler ajoutent évidemment une particularité à la physionomie habituelle de la maladie, puisque dans aucun de ces deux cas il n'y a eu de troubles de l'équilibre. Bien plus, en lisant les observations signalées par les différents auteurs, il est facile de remarquer que si tous ces faits ont entre eux quelques points de ressemblance, que l'on peut réunir dans un seul et même groupe, la maladie a toutefois présenté, presque dans chaque cas, un caractère particulier, soit dans son mode ou l'époque de son apparition, soit dans sa localisation et les symptômes qu'elle a occasionnés; un seul point commun à toutes les observations a été la persistance de la surdité, en dépit des traitements les plus variés que l'on a dirigés contre elle.

Quant au mode de propagation de l'affection ourlienne aux oreilles, j'avoue que si l'on ne veut pas mettre en cause les cas dans lesquels il s'agit de suppuration de l'oreille par propagation directe (*Vogel Ziemssen's Handbuch*, VII, 1. — Pinet, thèse de Paris, 1878, etc.) (1), il est tout aussi difficile d'expliquer la répercussion des oreillons sur l'oreille que sur le testicule, l'ovaire et la mamelle, et l'on peut se livrer à bien des suppositions sans espérer de jamais résoudre le problème d'une manière définitive. L'on peut, avec Gombeau (2), considérer la parotidite comme une affection générale à localisations multiples, ou bien avec Moos (3) supposer que dans certains

(1) Citée par Buck, *loc cit.*
(2) Cité par Brunner, *loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

cas d'oreillons il pénètre dans la circulation des substances nuisibles qui séjournent dans des organes dont la circulation est compliquée, croire avec d'autres auteurs au microbe des oreillons, ou enfin revenir à l'ancienne théorie de la métastase. Il est bien évident qu'aucune de ces suppositions ne satisfait l'esprit; car, dans le premier cas (Gombeau), il me paraît difficile d'expliquer l'apparition parfois tardive des complications ourliennes, la rareté de certaines d'elles. Avec la théorie de Moos, l'on peut se demander, étant admis que, dans quelques cas déterminés, il pénètre dans la circulation des substances nuisibles, comment certains organes dont le système capillaire est au moins aussi compliqué que celui du testicule et surtout du sein, le rein par exemple, sont à l'abri des complications qui atteignent les autres organes. La théorie des microbes se rapproche de la précédente et l'on peut lui faire la même objection. Reste donc la métastase, à laquelle nous sommes en quelque sorte forcés de nous rattacher, bien que la manière dont se fait cette sorte de transposition de la maladie reste toujours pour nous un véritable mystère.

Pour ce qui concerne le siège du mal, l'absence de toute apparence de lésion de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, et les différents symptômes observés permettent évidemment de localiser l'affection dans le labyrinthe (limaçon et canaux semi-circulaires, ou l'un des deux organes). S'agit-il d'une simple congestion labyrinthique, ou d'un exsudat séreux ou hémorrhagique? Des recherches ultérieures pourront seules résoudre la question.

Vu la pénurie des observations publiées jusqu'à ce jour, je crois que l'on doit encore se borner à recueillir des faits, à les faire connaître et quand leur nombre sera assez considérable, quand les anatomo-pathologistes auront parlé, alors, mais alors seulement, on sera en droit de tirer des conclusions dont la valeur sera indiscutable.

Dr E. J. Moure.

Otologie

Pathologie et Thérapeutique générales de l'oreille, Diagnostic,

Par le Dr J. BARATOUX (1).

De l'insufflation de l'air et des vapeurs dans l'oreille moyenne et du cathétérisme de la trompe d'Eustache (*Suite et fin*).

Tympans artificiels. — Nous allons passer en revue les principaux tympans artificiels qui sont destinés à remplacer la membrane détruite par la suppuration.

Toynbee en a préconisé un composé d'une plaque ronde en caoutchouc portée par une tige de fil en argent. Avant de l'introduire dans l'oreille, il est nécessaire de le tremper dans l'eau. C'est par tâtonnements que l'on arrive à lui donner la position convenable; c'est le malade lui-même qui doit le placer après que le médecin lui a montré la manière de le faire.

On a remplacé le fil en argent par un fil de fer ou par un fil en lin. Dans ce cas on se sert d'une pince pour introduire le tympan.

Blake a proposé d'employer des disques de papier au lieu de disques de caoutchouc.

Gruber emploie des disques de toile.

Politzer coupe un morceau de tube de caoutchouc, de manière qu'il ait 3 centimètres de long, 5 à 7 millimètres de large et de 2 à 5 millimètres d'épaisseur. A l'une des extrémités, il passe une aiguille armée d'un fil de fer assez mince, puis il enroule les deux chefs de ce fil l'un sur l'autre.

Yearsley a employé des boulettes de coton mouillées. On a encore donné à l'ouate, la forme du tympan; après l'avoir serrée fortement on la trempe dans l'eau et on l'introduit dans l'oreille. Miot, après l'avoir enduite de glycérine, la plonge dans un mélange d'alun et de calomel.

On peut encore faire un petit disque d'ouate, qu'on plie d'abord en deux, puis en quatre, de manière que le cercle primitif ne forme plus qu'un quart de cercle, on continue

(1) Voir le no 9, 1er septembre 1882.

cette opération jusqu'à ce qu'on ait obtenu un coussinet assez dur. On le fixe alors entre les branches d'une pincette et on le trempe soit dans l'eau ou dans une solution d'acide phénique, salicylique ou borique, ou de sulfate de zinc, ou encore de sous-acétate de plomb. On laisse la pincette avec la ouate dans l'oreille.

Hartmann a conseillé de prendre une tige de baleine flexible, dont une des extrémités est recouverte d'ouate et dont l'autre est coudée.

La tige ne doit pas dépasser le pavillon.

Indications et contre-indications du tympan artificiel. — On emploie le tympan artificiel dans les cas de perforation sans otorrhée ou de perte totale du tympan.

Il ne faut pas en faire usage s'il y a ankylose de l'étrier ou paralysie des nerfs auditifs, ou encore suppuration de l'oreille moyenne.

Le tympan artificiel étant un corps étranger pour l'oreille, l'irrite, la congestionne et parfois y détermine de la suppuration. Aussi est-il nécessaire d'habituer l'oreille au contact de cet appareil. On doit donc ne le porter que durant une heure, pendant les cinq ou six premiers jours; puis on le gardera pendant une heure et demie, les jours suivants; puis ensuite on augmentera de manière à arriver à le conserver pendant une grande partie de la journée. On devra l'enlever chaque nuit.

Le tympan artificiel est très différent dans ses effets. Tantôt il augmente l'acuité auditive, tantôt il n'apporte aucune amélioration, tantôt il rend plus sourd. De plus, le même tympan peut convenir chez un malade et ne donner aucun bénéfice à un autre qui se trouvera cependant mieux d'un autre modèle. Il faudra donc essayer les divers tympans sur le malade auquel nous serons appelés à en choisir un.

Cornets acoustiques et audiphones. — Nous terminerons l'étude que nous avons entreprise par quelques mots sur les cornets acoustiques et les audiphones.

Les cornets acoustiques sont des instruments destinés à recueillir, à renforcer et à transmettre les vibrations sonores, de manière qu'elles puissent être perçues par les oreilles des personnes plus ou moins sourdes.

Les cornets acoustiques datent des temps les plus reculés; aussi leur nombre est-il considérable.

Diverses substances ont été employées à leur construction telles que l'or, l'argent, le cuivre, le fer-blanc, l'ivoire, la gutta-percha, le caoutchouc, le cuir bouilli, le bois. On leur a aussi donné des formes variées : les uns sont droits, d'autres sont courbes, d'autres spiroïdaux, d'autres représentent les coquillages univalves de la classe des enroulés ou purpurifères (Lamarck), tels sont les buccins, les cônes, etc.

L'on ne doit pas employer les appareils acoustiques à demeures comme les fauteuils, guéridons, pupitres, il est préférable de se servir d'appareils portatifs. Parmi ceux-ci, les uns se fixent à l'oreille, les autres se tiennent à la main. Dans les premiers rentrent les petits cornets en ivoire, en os, en caoutchouc durci, en gutta-percha, en or, et que l'on fixe dans le méat auditif externe. Ils sont terminés en dehors par un orifice en forme de trompe. Politzer conseille d'en diriger l'ouverture vers la conque. On a aussi donné aux appareils la forme de la conque.

Itard a fait construire un cornet destiné à s'enrouler autour de l'oreille ; un ressort léger passant sur le sommet de la tête réunit les cornets appliqués dans chaque oreille. Des bandeaux ou des pièces de la coiffure dissimulent ces instruments. Ce cornet améliore un peu l'audition de certains sourds.

Parmi les cornets qui se tiennent à la main, les uns sont composés d'un tube dont l'extrémité auriculaire est recourbée et terminée par un bout s'adaptant au méat et dont l'autre extrémité est évasée en forme de cône.

Les autres sont formés de plusieurs pièces, de manière à rendre leur volume plus petit ; le tube, au lieu d'être droit, est brisé, tel par exemple, le cornet de Bonnafont.

Enfin, certains cornets sont formés d'un tronc de cône que l'on tient à la main et terminés par un tube élastique destiné à venir se placer dans l'oreille (Dunker). On a modifié cet appareil en enroulant le tube intérieurement et extérieurement par deux spirales métalliques destinées à rendre la conductibilité du cornet plus grande. C'est certes un des meilleurs instruments acoustiques.

Quoique nombreux et de formes diverses, ces appareils ne rendent pas toujours les services qu'on pourrait attendre de leur emploi. Ils réussissent mieux chez les vieillards que chez les adultes.

Les audiphones que l'on a préconisés dernièrement reposent sur ce fait, que les transmissions vibratoires se font en partie par les os du crâne.

Cependant, il est connu que depuis un temps immémorial, les Chinois employaient des bâtons terminés d'un côté par une crosse. Cette extrémité s'appliquait sur le larynx de la personne qui parlait, tandis que l'autre était saisie entre les dents du sourd.

Beethoven, devenu sourd, plaçait aussi un morceau de bois sur son piano et en saisissait l'extrémité entre les dents quand il composait.

Récemment, M. Rhodes, de Chicago, a inventé un nouvel instrument présentant la forme d'un écran de cheminée. Il est formé par une lame de caoutchouc durci, munie d'un manche de même substance. Sa largeur est de 24 centimètres, sa hauteur de 30, son épaisseur de 1 millimètre. Le bord supérieur est seul arrondi. Près du sommet sont attachés des cordons qui permettent de recourber l'appareil comme un arc tendu, et qui sont maintenus dans cette position par un encliquetage fixe.

Pour se servir de cet audiphone, on le tient à la main par le manche, et on en applique l'un des bords sur les dents du maxillaire supérieur et de préférence sur les canines.

Mais d'après les expériences qui ont été faites à l'Institution des Sourds-Muets, en présence de l'auteur lui-même, expériences dont nous avons donné le compte-rendu dans les *Annales des oreilles*, tome VII, n° 2, l'audiphone n'a pas donné les résultats annoncés.

M. Colladon, de Genève, a voulu rendre cet appareil d'un prix moins élevé en le faisant fabriquer en carton à satiner ou carton d'orties.

L'audiphone de M. Colladon se compose d'une lame rectangulaire de ce carton; les dimensions sont les mêmes que celles de l'appareil précédent.

Pour s'en servir, le bord supérieur étant appuyé contre les dents supérieurs, le malade tient les deux angles inférieurs entre les doigts et fait bomber l'instrument en rapprochant plus ou moins les mains du menton.

M. Garrigou-Désarènes dit en avoir obtenu de bons résultats, mais nous-mêmes, ainsi que MM. Miot et Ladreit de La Charrière, sommes arrivés à une conclusion opposée.

On a voulu rendre ces appareils plus commodes, plus portatifs en leur donnant la forme d'éventails, de cigares, de fleurs que le sourd met en contact avec les dents, mais jusqu'à présent les résultats n'ont pas été favorables.

Tels sont les divers appareils préconisés pour remédier à la surdité. Nous en aurions moins souvent besoin si, dès le jeune âge, l'on prenait certaines précautions hygiéniques qui mettent à l'abri de beaucoup de maladies, car que d'otites, que d'otalgies sont causées par les changements brusques de température et par le froid, surtout le froid humide; l'on en évite les fâcheuses influences en se mettant dans le méat un léger bourdonnet de coton qu'il ne faut pas presser entre les doigts, car il occasionnerait un certain degré de surdité.

Il faut se garder de nettoyer les oreilles des enfants avec des cure-oreilles, il vaut mieux faire une injection d'eau tiède.

Nous pourrions nous étendre plus longuement sur ces considérations qui nous entraîneraient trop loin.

Contentons-nous de recommander aux baigneurs de placer un tampon de coton dans le méat auditif. Que les artilleurs emploient le même procédé et ouvrent la bouche au moment de la détonation du canon. Que les ouvriers qui travaillent dans l'air comprimé évitent la compression trop brusque de l'air sur le tympan en ouvrant lentement les robinets d'éclusage, qu'ils emploient en même temps le procédé de Valsalva, et qu'à la sortie ils emploient le procédé de Toynbee. Les chauffeurs et les mécaniciens de chemin de fer devront aussi prendre des précautions contre les variations de température auxquelles ils sont exposés; ils devront le faire non-seulement pour eux, mais dans l'intérêt des personnes dont la vie leur est pour ainsi dire confiée. En France, on commence déjà, dans certaines Compagnies de chemins de fer, à examiner la vision des employés, surtout au point de vue du Daltonisme, mais il est à peine entré dans les mœurs, de regarder l'oreille de ces mêmes employés, et cependant l'ouïe, autant que la vision leur est nécessaire pour leur permettre d'accomplir leurs fonctions.

Terminons, enfin, en attirant de nouveau (1) l'attention sur un préjugé ridicule et dangereux et qui consiste à considérer

(1) *Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus*, par Baratoux. Coccoz. 1880.

les écoulements d'oreilles comme une chose utile pour entraîner l'humeur, la gourme. — Rappelons-nous que chez les enfants, la conséquence d'une telle erreur peut engendrer la surdi-mutité.

D[r] J. Baratoux.

CLINIQUE DU D[r] E. J. MOURE

Catarrhe chronique des caisses avec obstruction des trompes. Compression probable du nerf acoustique ou otopiésis; Surdi-mutité consécutive; Amélioration.

Par A. Ducau, chef de clinique.

Le 26 octobre 1880, M. E..., âgé de neuf ans, est amené à la clinique du docteur Moure. On nous apprend que durant les deux premières années de son existence l'enfant a été sujet à de fréquentes convulsions qui n'ont pas été sans inspirer des craintes à la mère.

A l'âge de quatorze mois, le petit malade, qui entendait très bien et même commençait déjà à prononcer les mots : papa, maman, fait une chute sur la tête, suivie d'une légère contusion, et dès lors il n'entendit plus.

D'ailleurs pas d'antécédents morbides à noter. Il n'y a pas eu d'union consanguine. C'est le seul sourd de sa famille. Il a un frère qui jouit d'une santé florissante; lui-même a une bonne constitution. Il n'a jamais eu ni rougeole, ni scarlatine, ni variole, ni autre fièvre éruptive.

État actuel : Le 26 octobre, on constate que M. E... n'entend plus que le bruit produit en frappant violemment sur un objet résistant, et faiblement le diapason placé sur le vertex. Il s'exprime à la manière des sourds-muets à l'éducation desquels il a du reste, été soumis, c'est-à-dire au moyen des lèvres et par signes.

L'enfant d'ailleurs paraît doué d'une intelligence très vive.

Il se plaint de bourdonnements qu'il ne peut définir et dont il est par conséquent difficile de saisir la nature.

La *p. c. d.* / *c. g.* } *o* — *o. d.* / *o. g.* } *o*.

Diapason : faiblement placé sur le vertex.

Voix = O.

Dans chaque conduit, on trouve un bouchon de cérumen

qu'on enlève au moyen d'une injection d'eau tiède sans qu'il se produise aucune amélioration de l'ouïe.

Le tympan droit, d'aspect grisâtre, est déprimé vers la caisse à laquelle il semble accolé, le manche du marteau apparaît à peu près horizontal; il n'existe pas de triangle lumineux.

Du côté gauche, on observe les mêmes lésions, peut-être un peu moins avancées.

Le cathétérisme se fait difficilement, ce qui n'a rien de surprenant; l'air ne passe qu'imparfaitement et que par un mince filet, les trompes n'étant pas libres. Aussi n'amène-t-il pas d'amélioration immédiate.

Le pharynx offre un aspect granuleux très marqué.

Un traitement local est institué; il comprend des irrigations nasales selon la méthode de Weber, le cathétérisme répété de la trompe d'Eustache, les douches d'air et des douches balsamiques.

Comme traitement général l'iodure de fer.

3 Décembre 1880. — Grâce à ce traitement, fidèlement observé, l'amélioration ne devait pas tarder à se montrer.

En effet, l'examen otoscopique nous démontre que les tympans ont presque repris leur position normale; toutefois l'ombilic est encore prononcé; ils ont un aspect blanc-grisâtre qui se distingue bien de la sclérose: les deux marteaux occupent presque la position verticale; les triangles lumineux existent maintenant dans les deux tiers supérieurs, celui de gauche est surtout bien marqué.

La perception crânienne est toujours nulle. Mais la montre est entendue au contact et un peu mieux à gauche. Même à de certains moments, l'enfant perçoit la voix d'un timbre assez fort. L'amélioration est donc évidente. On engage alors la mère à lui faire prononcer les voyelles et quelques mots qui lui sont familiers.

4 janvier 1881. — Le malade n'est pas venu depuis longtemps. Le 1er janvier, il a perdu à peu près complètement l'ouïe et est resté sourd pendant huit jours, trouble qu'il est assez légitime d'attribuer à un coryza dont il a été affecté à ce moment. Puis de nouveau l'ouïe est revenue avec la disparition du catarrhe nasal.

En effet, quand on lui parle à haute voix et à une certaine distance, l'enfant entend bien; il prête surtout l'oreille gauche

et ayant les yeux fermés, il saisit certains mots qu'il répète quoique encore imparfaitement : horreur, papa, vin, pain, etc.

Du côté des tympans, l'amélioration se maintient. L'air passe bien dans les trompes, surtout à gauche.

8 janvier 1881. — Depuis deux jours, le petit malade s'est enrhumé. Il entend moins de l'oreille droite. Le cathétérisme révèle une obstruction presque complète des trompes atteintes de catarrhe aigu, ainsi qu'en témoignent des râles nombreux.

P. C. D. et G : O. montre { *O. G. :* au contact. / *O. D :* 0,01 cent.

26 juillet 1881. — L'état du malade est sensiblement le même. — Il entend bien la voix forte de l'oreille gauche et répète les mots qu'il entend prononcer. L'ouïe à la montre est la même.

On se proposait de recourir à l'électricité, lorsque l'enfant, né de parents indigents, ne put poursuivre son traitement.

Ce cas, le second que nous ayons observé, se rapproche évidemment de ceux auxquels M. le docteur Boucheron a donné le nom d'otopiésis.

Dans le premier fait rapporté par cet auteur (1), il s'agit d'une petite fille de deux ans et demi, bien constituée, n'ayant jamais eu de convulsions et ne présentant aucune difformité congénitale. Mais il existait un catarrhe naso-pharyngien avec obstruction des trompes, ainsi que l'indiquaient la dépression des tympans, et, comme conséquence, une compression du nerf acoustique.

Après un mois de traitement (cathétérisme, cautérisations pharyngées, etc.,) l'ouïe s'améliora d'une façon notable, et après un an, l'enfant entendait la voix forte, la montre au contact, et articulait nettement les mots qu'elle entendait sans le secours du regard.

Le second fait, est celui d'une sourde âgée de quatre ans et demi, présentant les mêmes lésions, chez laquelle le résultat obtenu fut également favorable, quoique moins évident.

Depuis, croyons-nous, M. Boucheron a eu l'occasion d'observer de nouveaux cas de ce genre de surdi-mutité.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 16 décembre 1880, nº 146.

Dernièrement, au Congrès de La Rochelle (1), il soumettait à ses confrères sa théorie sur le mécanisme de la surdi-mutité en cette circonstance, théorie qu'il avait déjà formulée en publiant ses premières observations. D'après lui, aucune des nombreuses explications proposées jusqu'ici ne satisfait l'esprit. En effet, l'affection qui cause la surdité, et consécutivement la mutité, est secondaire ; ce n'est ni une atrophie congénitale du nerf acoustique ou de l'oreille interne, ni une affection myringitique, ni une malformation de l'appareil auditif, ni une affection primitive des méninges, laquelle, pour détruire le nerf acoustique, devrait être si grande qu'elle entraînerait fatalement la mort.

Mais quand, pour une raison quelconque, la trompe d'Eustache vient à être oblitérée, l'air contenu dans la caisse est résorbé (de même que l'air injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané). Le vide alors s'y produit, et la pression atmosphérique continuant à s'exercer sur la face extérieure du tympan, est transmise par la chaîne des osselets au liquide labyrinthique, lequel la transmet à son tour aux extrémités du nerf acoustique qu'elle comprime. Il y a d'abord anesthésie, puis destruction du nerf. En un mot, M. Boucheron compare ces surdités au glaucome qui produit la cécité par compression du nerf optique. Mais cette comparaison est repoussée par plusieurs interlocuteurs.

Et cependant, à notre avis, c'est encore M. Boucheron qui a raison, bien que la compression ne se fasse pas d'une manière aussi directe que pour l'œil.

En effet, on a fait à cet auteur l'objection suivante : après l'oblitération de la trompe et la résorption de l'air contenu dans la caisse, dites-vous, le vide qui tend à s'y produire attire vers elle le tympan sur lequel la pression atmosphérique n'a pas cessé de s'exercer. C'est vrai, mais, pour la même raison, le vide attirera vers la caisse le liquide labyrinthique, au lieu de le comprimer dans les canaux semi-circulaires et dans le limaçon.

Cette objection est plus spécieuse que réelle. Si l'on

(1) *Association française pour l'avancement des sciences.* — Séance du 25 août (matin).

rappelle la disposition anatomique de la chaîne des osselets et en particulier celle de l'étrier sur la fenêtre ovale, à laquelle sa platine est unie par un ligament circulaire, si l'on se rappelle le peu d'étendue de cette ouverture, si l'on songe, en outre, que l'étrier est maintenu par un muscle qui lui est propre, on comprendra combien le mouvement de cet os en dehors, c'est-à-dire vers la caisse, et par suite celui de la fenêtre ovale cédant devant le liquide labyrinthique, seront limités. Il n'en pouvait pas être autrement, à cause de l'uniformité de pression qui doit régner dans ce liquide pour le maintien continuel de l'équilibre. Au contraire, le tympan cède tout entier à la pression atmosphérique à laquelle sa plus grande surface offre une bien plus grande prise. De là, sa dépression qu'il est facile de constater, notamment chez les malades atteints d'un engouement des trompes.

Mais ici il est peut-être bon de faire intervenir un autre facteur non moins important que le vide produit dans la caisse.

Chez les malades dont il s'agit, il est hors de doute, en effet, qu'il se produit en même temps une prolifération de tissu fibreux, lente il est vrai, mais qui a pour résultat par les adhérences qu'elle fait contracter aux osselets et par ses rétractions ultérieures, d'ankyloser en quelque sorte ces petits os, après les avoir portés peu à peu vers la fenêtre ovale; ainsi que le prouve la saillie formée par l'apophyse externe du marteau, et que le démontre le spéculum pneumatique qui permet au tympan de se porter en dehors lorsque la chaîne est encore mobile. Que la surdité soit prise à son début, et le cathétérisme répété viendra facilement à bout de ces adhérences nouvellement et incomplétement formées, et l'ouïe, incomplète sans doute, sera rendu au petit malade. Au contraire, si l'on a tardé à instituer un traitement, il n'y aura plus aucun espoir de les rompre, les extrémités du nerf auditif sans cesse comprimées finiront par s'atrophier et l'ouïe sera à jamais perdue. Voilà donc, pensons-nous, le vrai mécanisme tel qu'il doit être compris : obstruction de la trompe amenant la résorption de l'air contenu dans la caisse, dépression du tympan, rétraction de la chaîne des osselets vers la fenêtre

ovale par suite d'une prolifération fibreuse et finalement compression et atrophie du nerf acoustique : d'où surdité.

Du reste, M. Boucheron, ainsi qu'il l'a fait remarquer, a constaté directement le point de départ de sa théorie, le vide de la caisse, en ouvrant sous l'eau une caisse du tympan dont la trompe était oblitérée. D'un autre côté, M. Ranvier a vérifié histologiquement la destruction des terminaisons acoustiques sur un jeune chien, tout à fait sourd, dont il a examiné le limaçon à l'état frais.

Telles sont les raisons qui doivent faire admettre la théorie de M. Boucheron, comme celle qui concorde le mieux avec les faits observés, et dont l'histoire de notre petit malade est un nouvel exemple.

A. Ducau.

Revue Bibliographique.

Comment on guérit le bégaiement

Par M. le Dr Arthur Chervin, directeur de l'Institution des bègues de Paris

Chacun sait aujourd'hui, dans le monde médical, que le bégaiement n'est justiciable que de certains exercices gymnastiques spéciaux des organes phonato-articulateurs. Mais en quoi consistent ces exercices ? Quelle en est la nature et le mode d'application ? C'est ce que nous révèle la méthode de M. Chervin.

On ne fait disparaître le bégaiement que si on l'attaque scientifiquement et méthodiquement. Or, telles sont les qualités que réunit la méthode par lui préconisée.

Pour parler, il faut exécuter une série d'actes qu'on peut ranger sous trois chefs principaux : 1° Élaboration de la pensée; 2° Volonté de l'exprimer; 3° Émission des sons représentatifs de cette pensée. Chacun de ces actes doit être accompli d'une certaine manière sous peine d'éprouver soit une impossibilité absolue, soit un obstacle plus ou moins grand dans son exécution. C'est ce qui se passe chez le bègue. Il se peut que le bégaiement se produise lorsqu'un seul des

trois actes principaux de la parole est troublé dans son mécanisme; mais le plus souvent c'est à un défaut d'harmonie entre ces différents actes qu'est dû le bégaiement.

Cependant ce que l'on doit noter surtout chez un bègue, c'est la manière dont il respire pendant la phonation. Car ce sont les troubles respiratoires qui fixent le pronostic et décident le traitement.

Le but d'une méthode rationnelle est donc de chercher à rétablir la coordination nécessaire entre le cerveau qui commande et les organes vocaux qui doivent obéir. Ce but, la méthode du docteur Chervin l'a atteint.

Le traitement des bègues se compose de deux parties qui s'exécutent le plus souvent ensemble : le traitement moral, le traitement fonctionnel.

Le *traitement fonctionnel* a pour but de rétablir tout d'abord le rythme respiratoire, en apprenant au bègue, par des exercices méthodiques, à respirer et à utiliser sa respiration, au point de vue de la parole. Ces exercices se font d'abord à blanc, c'est-à-dire en expirant sans bruit; plus tard, on utilise l'expiration pour prononcer des sons séparés, puis des sons liés; d'abord, les voyelles qui sont plus faciles, puis les consonnes; plus tard, vient l'étude du mécanisme de chacune d'elles. Ces résultats acquis, on passe à l étude des syllabes, puis des mots, enfin des phrases et des discours. Tous ces exercices se font avec une excessive lenteur, surtout les dix premiers jours du traitement.

En même temps, on doit s'efforcer de discipliner les organes et on fortifie l'énergie du commandement en assujettissant l'élève à commencer en même temps que le professeur, à finir avec lui, la méthode de M. Chervin étant basée sur l'imitation. C'est là le *traitement moral*.

Le traitement dure trois semaines.

La première semaine, durant laquelle on impose à l'élève un silence absolu, est consacrée à l'étude des éléments de la parole et à l'exercice méthodique de la respiration.

La seconde semaine, l'élève recouvre la liberté de la parole dont il ne doit user qu'avec une extrême lenteur. Le moment est venu pour lui de faire usage des principes qui lui ont été enseignés.

On emploie la troisième à consolider l'habitude nouvelle qu'a prise le sujet de parler avec précaution et méthode, et

à perfectionner sa diction en la débarrassant de tout ce qu'elle pourrait avoir de choquant, par l'étude raisonnée et minutieuse de l'art de bien dire. Dès lors, le traitement est fini, mais M. Chervin laisse entre les mains de l'élève des instructions spéciales pour qu'il puisse en continuer chez lui l'application; ce qu'il appelle des exercices *de convalescence* dont la durée varie avec l'assiduité que l'élève apporte à leur accomplissement.

Pratiquée depuis 1844, la méthode Chervin a été jugée par plus de trente Commissions officielles, dont les rapports aussi élogieux que désintéressés proclament à la fois ses résultats sérieux et l'excellence de ses principes. (Extrait du *Journal de médecine de Gubler*, 10 juin 1882, n° 10).

Note sur le traitement des aphonies nerveuses par l'électricité

par le Dr H. Desplats, de Lille (1).

L'auteur publie sept observations d'aphonie nerveuse et les fait suivre de quelques réflexions pratiques sur les diverses espèces d'aphonies fonctionnelles et leur traitement, pour expliquer comment la faradisation cutanée donne tantôt de bons résultats, tantôt est inefficace, tandis que la faradisation ou la galvanisation profondes permettent d'obtenir une guérison rapide. Ce n'est pas au hasard que sont dus des effets si différents; ils s'expliquent lorsqu'on étudie attentivement les diverses espèces d'aphonie nerveuse, ce que fait l'auteur en quelques mots.

Voici, du reste, le résumé de ces réflexions :

1° L'examen laryngoscopique, en même temps qu'il confirme le diagnostic, déjà entrevu, d'aphonie nerveuse, permet de déterminer, dans un certain nombre de cas, les muscles atteints et indique de quelle manière l'électrisation doit être faite.

2° Lorsqu'on constate que la muqueuse est intacte, qu'il y a un léger écartement des cordes vocales et que les cartilages aryténoïdes ont conservé leur mobilité, on peut porter le diagnostic de paralysie des muscles crico-thyroïdiens et recourir à la faradisation externe.

3° Lorsque, la muqueuse étant intacte et les cordes vocales

(1) Baillère et fils édit., Paris 1882.

un peu écartées, les cartilages aryténoïdes sont immobiles, il faut diagnostiquer une paralysie des muscles ary-aryténoïdiens et appliquer le pôle positif sur le trajet du recurrent et l'excitateur laryngien en arrière du larynx.

4° Lorsque, pour une cause quelconque, on ne peut pratiquer l'examen laryngoscopique, on doit recourir d'abord à la faradisation externe. Si elle ne donne pas de résultat, il faut appliquer alors le pôle positif sur le trajet de l'un des récurrents et porter ensuite l'excitateur à la partie postérieure du larynx, sans se préoccuper d'atteindre les cordes vocales. Le plus souvent, ce mode d'excitation est suffisant.

Des causes de la surdité chez les enfants et de leur influence sur l'éducation avec quelques remarques sur l'instruction des enfants dont l'ouïe est défectueuse, et l'hygiène des oreilles dans les écoles (*Causes of deafness among School children and its influense ou education: with remarks on the instruction of pupils with impaired hearing and on aural hygiène in schools*)

par le Dr Samuel SEXTON (1)

Faisant observer avec raison que les causes de la surdité dans les écoles d'enfants sont assez nombreuses et assez importantes, M. le ministre de l'instruction publique a chargé notre savant collaborateur, le docteur Samuel SEXTON, de rechercher les causes de cette lésion et d'indiquer le moyen de prévenir au moins certaines d'elles. Tel est le but que s'est proposé l'auteur et qu'il a atteint en écrivant son intéressante brochure.

Après avoir passé rapidement en revue la structure de l'oreille, l'auteur indique les causes locales de la surdité, telles que les maladies du pavillon, du conduit auditif externe (corps étrangers, cérumen, inflammation), de la caisse du tympan, par violence surtout, et de l'oreille interne, ces dernières étant généralement graves et peu influencées par des mesures hygiéniques; viennent ensuite les affections de l'oreille par sympathie nerveuse, tels que la surdité due à l'action du froid, à l'irritation dentaire, cette dernière étant facile à expliquer, si l'on se rappelle que le tympan est

(1) Washington, Government printing office, 1881.

en partie nourri par une petite artère se trouvant sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs (sympathiques) du plexus carotidien qui, à ce niveau, provient en grande partie du ganglion otique. Or le nerf dentaire d'où part l'irritation communique également avec ce même ganglion, produisant, par son intermédiaire, la dilatation des vaisseaux du tympan et par suite l'hypérémie de ce dernier.

Le docteur Sexton, rappelle ensuite les mauvais effets produits par l'introduction de l'eau froide et surtout de l'eau salée (bains de mer) dans l'oreille, ceux de la douche nasale et des liquides reniflés par les malades sans prescription de leur médecin; il indique les diverses affections susceptibles d'occasionner la surdité plaçant la scarlatine au premier rang, quelquefois ajoute-t-il, l'inflammation de l'oreille a été le résultat de la taille des cheveux coupés trop court derrière les oreilles.

Sur 570 enfants examinés par l'auteur, il a trouvé un total de 76 enfants, soit 13 p. 100, dont l'ouïe était considérablement diminuée (1).

La température d'une salle d'école doit être d'environ 68° à 70° (Farhenheit), et l'on devra éviter de laisser les enfants exposés aux courants d'air. Ces derniers devront être suffisamment couverts, sans leur mettre des vêtements inutiles qui n'ont d'autre résultat que de les rendre susceptibles à prendre froid et à subir les atteintes du mal.

Les parents devront surveiller avec une scrupuleuse attention la dentition de leurs enfants, puisque une affection dentaire peut devenir la source d'une surdité le plus souvent rebelle à tout traitement.

L'on a pensé que l'habitude de respirer la bouche ouverte était une conséquence de la surdité; mais c'est plutôt le contraire qui est vrai, et cette habitude, que l'on rencontre dans les cas d'obstruction nasale, d'hypertrophie des amygdales, etc., empêchant l'air de se renouveler dans la caisse arrive ainsi à déterminer ainsi la cophose.

Si les enfants ont des corps étrangers dans l'oreille, quelques injections d'eau tiède suffiront, en général, pour les

(1) D'après les quelques recherches, encore incomplètes, que j'ai faites à ce sujet, je puis dire que dans la ville de Bordeaux, le nombre d'enfants sourds est encore plus considérable, ainsi que l'on pourra en juger dans le relevé statistique que je me propose de publier, statistique qui portera sur près de 10,000 enfants. — (Dr Moure).

expulser; enfin, il sera bon de veiller, dans les villes, à ce que les écoles soient un peu éloignées du bruit de la rue qui fatigue l'esprit, bien que l'on puisse arriver à s'y habituer.

On peut voir, d'après cette courte analyse, que la brochure du docteur Samuel Sexton contient bien des notions importantes à connaître, puisque, en signalant les causes du mal, l'auteur a le soin d'indiquer les moyens de l'éviter.

Du vertige auriculaire (*Aural vertigo*).

Par le Dr Charles Burnett. (2)

Dans un savant article, lu devant la Société médicale de Philadelphie (8 février 1882), le docteur Burnett, après avoir successivement passé en revue la structure du nerf auditif, les causes anatomiques des bourdonnements d'oreilles, les symptômes du vertige auriculaire, son diagnostic et l'historique de la question, l'auteur arrive aux conclusions suivantes qui résument parfaitement son article :

1° Il existe dans le nerf auditif deux sortes de fibres, les unes sensitives, les autres motrices;

2° Les fibres motrices sont unies d'un côté au cervelet par les pédoncules inférieurs, et de l'autre, aux filaments nerveux qui se rendent à l'ampoule des canaux semi-circulaires;

3° L'irritation de ces nerfs ampulaires peut venir de l'une des trois parties de l'appareil auditif ou du nerf auditif lui-même, dans le cas de compression mécanique, cette irritation peut ensuite se propager au cervelet et occasionner le vertige. Ce phénomène cérébelleux réfléxe, produit par une irritation auriculaire, reçoit le nom de vertige auriculaire, dont la maladie de Ménière est simplement une forme.

Aussi ce nom que l'on ne devrait appliquer qu'aux cas dans lesquels un diagnostic bien établi a permis d'assigner le labyrinthe, c'est-à-dire les canaux semi-circulaires, comme siège de l'affection, a-t-il créé une confusion.

On doit cependant rendre justice à Ménière qui, on le sait, n'a jamais voulu désigner par son nom à toutes les formes de vertige.

---

(2) *Reprinted from the Philadelph. Med. Times*, 3 Juin 1882.

Revue de la Presse

Paralysie bilatérale du récurrent (*Ueber doppelseitige Récurrenslähmung*), par le professeur SCHNITZLER, de Vienne — Un individu âgé de 52 ans présente les symptômes suivants : l'inspiration bruyante de la sténose, la voix éteinte, des palpitations de cœur, de la difficulté de respirer. L'examen laryngoscopique révèle le resserrement de la glotte, l'immobilité des cartilages aryténoïdes; à l'inspiration les cordes vocales sont rapprochées mais ne se touchent pas; les cartilages aryténoïdes ne s'écartent pas à l'inspiration profonde, mais ils ne se resserrent plus assez pour fermer la glotte entièrement; la respiration est strideuse. Les cordes vocales se rapprochent un peu pendant la phonation, cependant sans arriver au contact.

Le diagnostic consistait à reconnaître si l'on avait affaire à une affection myopathique ou neuropathique. L'auscultation permit de diagnostiquer un anévrysme de l'aorte avec compression des deux récurrents et par suite paralysie des abducteurs et parésie des adducteurs de la glotte.

Le *traitement*, purement palliatif, est la trachéotomie. Tout se passe bien, le malade est soulagé. Mais vingt-cinq jours après l'opération, la fièvre se déclare tout à coup et en même temps apparaît un gonflement diffus avec une rougeur intense de l'avant-bras ; l'incision fait écouler une grande quantité de pus. Surviennent alors le dépérissement du malade, des douleurs dans l'articulation de l'épaule droite, la perte de la vue du même côté et la mort quarante-six jours après l'opération.

Voici les lésions constatées à l'*autopsie* : abcès du larynx communiquant avec la trachée et contenant les parties supérieures des cartilages thyroïdes denudées ; gonflement du ligament ary-épiglottique gauche provenant d'un abcès qui s'y trouve et qui contient au fond l'apophyse musculaire denudée du périoste; deux ulcérations de la trachée: pleurésie sero-purulente droite; anévrysme de l'aorte; endartérite déformante; synovite purulente de l'articulation scapulo-humérale droite.; phlegmon de l'avant-bras droit; pyohémie.

Le diagnostic fait par Schnitzler se trouvait donc confirmé. Il y avait paralysie des récurrents par un anévrysme de l'aorte ; le récurrent gauche avait été entraîné en bas par

l'anévrysme, et sa partie sous-aortique avait augmenté de volume: il avait été comprimé par un second sac anévrysmal du côté de l'artère sous-clavière.

Toutefois, il y avait paralysie complète des abducteurs et paresie incomplète des adducteurs; fait dont la cause n'est pas encore bien élucidée. La plupart des laryngologistes l'expliquent en disant que les filets nerveux allant aux abducteurs sont plus superficiels, et par là d'autant plus faciles à comprimer, tandis que les filets profonds destinés aux adducteurs reçoivent encore des fibres de renforcement du laryngé supérieur. Schnitzler ne partage pas cette manière de voir et cite le cas suivant où la compression des récurrents était suivie de paralysie des adducteurs seuls, tandis que les abducteurs restaient parfaitement intacts : un ouvrier tombe d'une hauteur de 10 mètres sur la poitrine; après être resté quelques minutes sans connaissance, il revient à lui et se plaint de douleurs à la poitrine et de palpitations de cœur. Après six semaines de séjour à l'hôpital, il peut quitter le lit, mais les douleurs n'ont pas cessé; le malade éprouve les mêmes symptômes et il manque d'haleine; survient de l'enrouement qui va parfois jusqu'à l'aphonie complète.

L'examen du malade amène Schnitzler au diagnostic d'anévrysme de la crosse aortique et d'insuffisance des valvules sigmoïdes. A l'examen laryngoscopique la muqueuse paraît normale, les cordes sont tout à fait blanches; les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales ne se rapprochent pas complètement pendant la phonation, mais s'écartent normalement; il y a donc paralysie des constricteurs de la glotte, tandis que les dilatateurs sont intacts. Au bout de deux ans, pendant lesquels le malade se présentait régulièrement à la clinique, tous les symptômes étaient bien caractérisés : tumeur pulsatile du deuxième espace intercostal; pendant la phonation, la glotte présente l'aspect d'un triangle équilatéral à base comprise entre les cartilages aryténoïdes; la voix est complètement aphone.

Moins clairs sont les cas où non-seulement une moitié du larynx se trouve paralysée par compression du récurrent de ce côté, mais encore l'autre moitié, alors que le nerf vague semble être intact de ce côté. Johnson regarde ces cas comme des paralysies réflexes. Schnitzler, s'appuyant sur les expériences physiologiques de Rosenthal, partage l'opi-

nion que, lorsque l'un des récurrents est atteint, l'autre produit un spasme de la glotte.

A l'appui de cette théorie, Schnitzler cite un troisième cas avec tous ses détails. Il s'agit également d'un anévrysme de l'aorte comprimant le nerf laryngé inférieur gauche, et amenant sa dégénèrescense complète; le laryngé droit n'avait pas subi de changement visible, et néanmoins les symptômes étaient ceux de la paralysie bilatérale du récurrent.

Ce même auteur traitera les paralysies d'origine centrale peu plus tard. (*Wiener medic. Presse* n°s 15, 18, 20). L. B.

Extirpation de la glande thyroïde. Paralysie du nerf récurrent à la suite de l'irrigation de la plaie avec de l'acide phénique; symptômes graves comme dans les lésions du pneumogastrique; mort par pneumonie produite par l'entrée de matières muqueuses dans les bronches. (*Kropfexstirpation, Lähmung des Recurrens durch Ausspülung der Wunde mit Carbolsaüre, Schwere Symptome analog den bei vagus Affectionen beobachteten Tod au Schluck-pneumonie*) par le docteur Riédel (Aix-la-Chapelle). Le cas est communiqué comme problème physiologique. L'extirpation de la glande thyroïde chez une fille de 38 ans (la circonférence du cou était 46 centimètres) fut terminée au bout de trois heures, sans accident. La voix n'était point altérée, quoique les deux récurrents fussent isolés. Les grands vaisseaux et le pneumogastrique restèrent intacts.

L'irrigation de la plaie avec une solution d'acide phénique de 2 p. 100, après l'opération, change subitement la situation. Il y a extinction de la voix; au bout de deux heures, de la dyspnée, 160 pulsations; 40 respirations par minute; on entend un commencement de râles dans la trachée. Rien n'améliore cet état. Le lendemain, on incise la trachée. Tout pansement est mis de côté; il existe une altération de la partie inférieure du poumon gauche. La faim est insatiable. Les symptômes s'aggraventle jour suivant et la mort survient le quatrième jour.

L'autopsie démontre des infarctus lobulaires disséminés dans le poumon gauche, quelques autres dans le poumon droit; les deux nerfs récurrents sont ecchymosés, cependant les fibres nerveuses sont intactes, etc.

L'auteur, ayant déjà observé un cas analogue, qu'il avait opéré deux ans auparavant, et qui s'était terminé par la

mort quatre semaines après l'opération, sans raison visible, croit se trouver en présence d'un effet réflexe ou consensuel exercé par une lésion du nerf récurrent sur le nerf vague. Il pense qu'il appartient aux physiologistes de trancher la question. (*Centrablatt die fur medic. Wissenschaff*, n° 34). L. B.

L'ulcère tuberculeux et la phthisie du larynx, (*Das tuberculose Kehlkopfsgeschwür und die Kehlkopfschwindsucht.*) par R. Biefel. — C'est Heinze, qui a déterminé dans son travail sur la phthisie du larynx, la base anatomo-pathologique la plus juste pour la classification clinique des affections tuberculeuses du larynx. Dans toutes les ulcérations du larynx qui se rapportent à la tuberculose, il s'agit, en premier lieu, d'une infiltration spécifique avec des cellules rondes, dans laquelle se trouvent logés les tubercules miliaires typiques; infiltration qui s'établit d'abord dans les parties superficielles de la muqueuse laryngée, où elle subit une transformation caséeuse et qui, après s'être ulcérée, forme l'ulcère tuberculeux. On distingue selon le siège, l'ulcère *superficiel* et l'ulcère *profond.*

Biefel démontre que la formation des deux sortes d'ulcères, bien différents cependant au point de vue clinique et pronostique, dépend essentiellement de la structure histologique de la muqueuse laryngée.

Les parties recouvertes d'épithélium pavimenteux et pauvres en tissu glandulaire auraient une prédisposition aux ulcères superficiels, restant facilement stationnaires, tandis que celles recouvertes d'épithéliums cylindriques et riches en glandes sous-muqueuses deviendraient le siège d'ulcères profonds, à marche rapide et bien plus pernicieux que les autres.

Il s'ensuit donc que les ulcérations tuberculeuses de la région inter-aryténoïdienne, des replis ary-épiglottiques et celles des cordes vocales ont un caractère plus superficiel, une marche lente et sont même susceptibles de guérison; par contre, les ulcères des cordes vocales supérieures, de l'agglomération glanduleuse se trouvant au-dessus des cartilages de Wrisberg et de Sentorini, et celles de l'épiglotte et de la partie située au-dessous de la base des cartilages ary ténoïdes, (ulcères sous-aryténoïdiens), se développent en profondeur et provoquent des destructions étendues, des périchondrites, etc.

L'ulcération folliculaire de l'épiglotte, ainsi que l'ulcération érosive, qui se rencontrent aussi souvent chez les phthisiques, ne sont pas considérées par l'auteur comme des affections tuberculeuses du larynx. (*St-Pétersb. Med. Wockenschr*, n° 32. *Arch. f. Klin. Med.* XXX 5, 6.) L.B.

Cas d'inflammation de la muqueuse du nez, du pharynx nasal et de l'oreille moyenne provoquée par la présence d'un noyau de cerise dans une narine. (*Ein Fall von Entzündung der Nasen-Rachen Mittelohrschleimhaut, bedingt durch Anwesenheit eines Kirschkerns in der Nasenhöhle*). Le cas communiqué par Gruber offre de l'intérêt en ce sens que, malgré tous les efforts possibles pour déterminer la cause de l'affection, on ne réussit pas à découvrir le corps étranger. La malade n'en avait aucune notion. Six semaines après son entrée à l'hôpital, un beau jour il fit subitement son apparition à la suite du cathétérisme qui offrit, cette fois-ci, des difficultés. Un noyau de cerise, assez gros et fortement incrusté de mucosités, avait été poussé par la sonde dans l'arrière-nez et expulsé par la bouche. Inutile de dire que les symptômes cessèrent, dès ce moment, pour ne laisser qu'une diminution de l'ouïe. (*Monatsschrift für Ohrenheilk.* N° 7, 1882.)

Aphonie nerveuse et laryngite glanduleuse. Hystérie et hystéricisme. (Leçon de M. le professeur Potain). — Il reconnaît deux sortes d'aphonie nerveuse : l'une par contraction exagérée des muscles des cordes vocales, l'autre par paralysie de ces mêmes muscles; et il décrit rapidement ces deux modes de la même affection.

Chez la malade aphone, qui fait l'objet de cette leçon, on ne peut guère invoquer l'hystérie, dont elle ne présente aucun symptôme. Mais on trouve dans son aphonie deux éléments réunis : l'élément nerveux et l'élément glanduleux. Chez elle, en observe un gonflement de la muqueuse laryngée analogue, par certains points, à un œdème de la glotte limité, ce que le docteur E. Fournié appelle la *membrane vocale*, ainsi qu'une diathèse herpétique, conditions qui expliquent l'aphonie dont elles sont une cause suffisante. (*Revue médicale française et étrangère*, n° 31, 5 août 1882.)

Nouveau traitement de l'hypertrophie simple des amygdales. — On trouve dans la *Revista de medicina y cirurgia praticas*, un mémoire du professeur Moresco, de Cadix, lu

devant le Congrès de Séville, et qui a pour objet de faire connaître un nouveau traitement de l'hypertrophie simple des amygdales, basé sur les injections interstitielles d'acide acétique. Elles ont parfaitement réussi dans deux cas rapportés par l'auteur. Les avantages de ce traitement seraient les suivants :

1° Une grande facilité dans le manuel opératoire;

2° L'impossibilité d'accidents graves;

3° La glande peut se conserver intacte et continuer ses fonctions;

4° L'impossibilité de voir des accidents causés par le liquide injecté;

5° Les malades peuvent vaquer à leurs occupations ordinaires dès le jour même de la première injection;

6° L'anesthésie du malade;

7° Peu ou point de douleur.

Du diagnostic différentiel de l'angine scrofuleuse d'avec l'angine syphilitique, par le docteur MADAILLE. — Ce diagnostic est basé sur les signes locaux qui caractérisent ces deux affections à leurs différentes périodes, étudiés, soit au point de vue du siège, soit au point de vue de la douleur, des nuances de coloration, des troubles de la phonation, de la forme, de la profondeur et de la marche des ulcérations et du retentissement de ces deux diathèses sur le système ganglionnaire.

Deux observations personnelles à l'auteur, donnant les lésions de ces deux maladies arrivées à leur troisième période, complètent cet intéressant travail.

Un moyen très simple de faire pénétrer des substances médicamenteuses liquides dans l'oreille moyenne, ou de les appliquer sur la muqueuse nasale, par PURICELLI. — Pour faire séjourner des substances médicamenteuses liquides dans les fosses nasales, on fait prononcer par le malade la voyelle A, en même temps qu'on lui fait rejeter la tête en arrière; cette manœuvre a pour effet d'interrompre toute communication des fosses nasales avec le pharynx. En même temps, la respiration s'exerce librement par la bouche. On peut donc maintenir de la sorte des liquides en contact durable avec la muqueuse de Schneider.

Si pendant ce temps le malade se met en mesure de prononcer un R forcé, et qu'en même temps on pousse une douche d'air dans les fosses nasales, le liquide pénétrera

dans l'oreille moyenne. (*Predic. chirurg. Rundschau*, n° 7, 1882.)

Emploi de l'iodoforme dans le catarrhe nasal chronique, par le docteur H.-A. Eberle, de Jowa. — Dans notre pays, où le catarrhe est une maladie si fréquente, tout remède efficace sera reçu avec la plus grande joie. L'iodoforme a été utilisé, sur une large échelle, à l'hôpital général de Montréal, de 1872 à 1876, pour les ulcères chroniques, et tels furent ses résultats que les médecins ne tardèrent pas à s'en servir dans leur clientèle privée. J'en ai fait usage depuis lors, de différentes manières dans le traitement des hémorrhoïdes, des fissures, des granulations utérines, etc., et toujours avec grand succès.

Ses propriétés bienfaisantes me conduisirent à l'essayer dans les cas de catarrhe, et, comme j'étais atteint moi-même de cette affection à l'état chronique, sans avoir jamais retiré beaucoup d'avantages de nombreuses préparations, je me décidai à employer l'iodoforme, d'après la formule suivante :

Iodoforme finement pulvérisé......	45 grammes.
Extrait de géranium solide........	50 —
Acide phénique....................	15 gouttes.
Cosmoline.........................	30 grammes.

Des mèches de coton absorbant sont enduites de cette pommade, et on les introduit dans les fosses nasales, le soir en se couchant. Elles restent en place toute la nuit, et, le lendemain matin, il suffit de se moucher pour les faire sortir.

On répète ce traitement de huit à dix jours, et il est rare que le catarrhe le plus rebelle ne cède pas à son influence. Il est bon de faire en outre, de temps en temps, la douche nasale postérieure avec un liquide détersif. Ordinairement, je me sers d'une solution faible et tiède de chlorure de sodium avant d'introduire les mèches (*Paris méd.*, 2 septembre 1882).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx et Nez

Bosworth. — De l'ozène. (*Arch. of laryng. N. Y.*, 1er Juillet 1882.)

Brison-Delavan. — De l'hypertrophie du tissus osseux des cornets, considérée au point de vue pratique. (*Arch. of laryng.*, *N. Y.*, vol. III, n° 3 1er juillet 1882.)

Johnston (Samuel). — Un cas de diphthérie primitive dn nez. (*Arch. of Laryng., N. Y.* Juillet 1882.)

Ruckert.—Contribution à l'étude de la morphologie du pharynx. (*Monatssch. f. Ohrenh.* Juin, 1882.)

Seiler (Carl). — Deux cas de toux réflexe due à l'irritation de la muqueuse nasale. (*Arch. of Laryng., N. Y.*, Juillet 1882.)

Spreafico y Garcia. — Traitement des tumeurs des fosses nasales au moyen de l'abaissement du nez par l'ostéotomie verticale et bilatérale de la charpente de cet organe (*Thèse, Lyon*, 1882.)

Zuckerkandt. — Anatomie normale et pathologique de la cavité du nez. (*Avec 22 planches en chromolithographie. Vienne* 1882.)

Voltolini. — Sur une lésion du nez rare. (*Monatssch f. Ohrenh*, Juin 1882.)

Larynx

Bonjean. — Des plaques muqueuses du larynx. (*Thèse, Paris*, 2 août 1882).

Brebion. — De l'aspect velvétique de l'espace inter-aryténoïdien et de sa valeur diagnostique dans la phymée laryngée. (*Thèse, Lyon*, 1882).

Coomes. — Quelques réflexions sur la phtisie et principalement sur la valeur des symptômes laryngiens au poin de vue du diagnostic. (*Arch. of laryng. N. Y.* Juillet 1882).

Cutter (Ephraïm). — De la photographie du larynx. (*Arch. of laryng. N. Y.* Juillet 1882.)

Elsberg (Louis). — Paralysie des muscles du larynx (*Arch. of laryng. N. Y.*, vol. iii, n° 3, 1er juillet 1882.)

Ferrand. — De la forme dysphagique de la phtisie laryngée. (*Thèse, Paris* 1882.)

French. (Thomas). — De la photographie du larynx. (*Arch. of laryng. N. Y.*, Juillet 1882.)

Glascow (William). — De l'asthme laryngien (*Arch. of laryng. N- Y.* Juillet 1882.)

Hameau. — De la laryngotomie inter crico-thyroïdienne par le thermocautère (*Thèse, Paris*, 1882.)

F. Ivins (Horace). — Paralysie fonctionnelle des cordes vocales. (*Te Hahemanannian Monthly*, n° 8, Août 1882.)

Masseï. — Discours d'introduction au Cours officiel de laryngologie. (*Arch. Ital. di laryng.*, 19 juillet 1882, fasc. 1.)

Novaro. — Extirpation totale du larynx pour un carcinome. (*Arch. Ital. di laring.*, 15 juillet 1882, fasc. 1.)

Sayous (Charles). — Deux cas de fracture du cartilage thyroïde. (*Arch. of. laryng. N Y.*, Juillet 1882.)

Tauber. — Gonflement hyperplasique de l'espace inter-aryténoïdien simulant une ulcération tuberculeuse. (*Arch. of laryng. N. Y.*, Juillet 1882.)

Tauber. — Sténose laryngienne et trachéale d'origine syphilitique survenue 45 ans après l'infection primitive. (*Aech. of laryng. N. Y.*, Juillet 1882.)

White (Joseph). — Trachéotomie dans un cas de phtisie laryngée, ulcéreuse, guérison de l'affection locale; mort du malade par complication pulmonaire. (*Arch. of. laryng., N. Y.*, Juillet 1882.)

Oreilles

Albott. — Nouvelle pince à oreilles. (*The Lancet*, 26 août 1882).

Buck Albert. — Microphotographie d'un corps pyriorme spécial trouvé dans l'oreille moyenne. (*Amer journ, of Otol. Boston*, Juillet, 1882.)

Bryson Delavan. — Otalgie réfléxe due à l'irritation dentaire. (*Amer journ, of Otol. Boston*, Juillet, 1882).

Gorham Bacon — Des progrès de l'Otologie dans les Etats-Unis, d'après le nombre des malades traités dans l'établissement de bienfaisance, (*Amer journ of Otol. Boston*, Juillet, 1882).

M. Bride. — Des causes des bourdonnement d'oreilles. (*Med. Times and gazc*, 26 août et 16 septembre 1882).

Orr. — Trois cas d'occlusion du conduit auditif externe. (*The Lancet*, 12 août, 1882).

Retif. — De l'Insufflation d'air dans l'oreille moyenne. (*Thèse, Paris*, 2 août 1882).

Rupp. (Adolph., — De l'emploi du sulfure de calcium dans le traitement l'inflammation et de la suppuration de l'oreille (*Amer. journ. of. otol. Boston*, Juillet, 1882).

Spencer. — Traitement mécanique de l'inflammation suppurative du tympan (*Americ. journ. of Otol. Boston*, juillet 1882).

Weber-Liel. — Quelques notes sur l'origine des bourdonnements d'oreille. (*Monatssch. f. Ohrenh.*, juin 1882).

Weber-Liel. — Appareil pour nettoyer les parties sinueuses et cariées, difficiles à atteindre dans l'oreille moyenne, et le conduit auditif externe. (*Monatssch. f. Ohrenh.*, juillet 1882).

Varia.

Bennet May. — Excision de la moitié latérale de la langue par la méthode de Whitehead. (*The Lancet*, 16 septembre 1882).

Blacke (Clarence). — Le glossographe. Machine sténographique automatique, pour transcrire la parole humaine. (*Amer. journ. of Otol. Boston*, juillet 1882).

Fourrier, — Des corps étrangers de l'œsophage. (*Gaz. des hôp.*, 29 août 1882).

Holmes. — Leçon clinique sur un cas de rétrécissement de l'œsophage, traité par l'œsophagotomie. (*Med. Times and Gaz.*, 29 juillet 1882).

Janot. — De la diphtérie à Paris. (*Thèse, Paris*, 1882).

Marshall (Andrew). — Excision de toute la langue par la méthode de Whitehead. (*The Lancet*, 16 septembre 1882).

Mayor. — Tumeur carcinomateuse du corps thyroïde avec noyaux secondaires du cerveau et du poumon. (*Soc, d'anat.*, 23 décembre 1881 et *Prog. méd.*, 12 août 1882).

Simon (Jules). — Des soins consécutifs à la trachéotomie. (*Gaz, des hôp.*, 15, 17 et 29 août 1882).

Trélat. — Tubercules de la langue, crevasses, ulcérations. (*Gaz. des hôp.* 17 août 1882).

Waren Toy. — Un cas de diphtérie chez un enfant de vingt-et-un mois, trachéotomie, guérison.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.